FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 190.

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

*Présentée et soutenue le 6 août 1853,*

**Par HIPPOLYTE-ARMAND PINAULT,**

né à Châteauroux (Indre),

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux civils de Paris,
Membre de la Société Anatomique.

## CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LA THORACENTÈSE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

*Professeurs.*

| M. P. DUBOIS, DOYEN. | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DENONVILLIERS. |
| Physiologie | BÉRARD. |
| Chimie médicale | ........... |
| Physique médicale | GAVARRET. |
| Histoire naturelle médicale | MOQUIN-TANDON. |
| Pharmacie et chimie organique | WURTZ. |
| Hygiène | BOUCHARDAT. |
| Pathologie médicale | DUMÉRIL.<br>REQUIN. |
| Pathologie chirurgicale | GERDY.<br>J. CLOQUET. |
| Anatomie pathologique | CRUVEILHIER. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ANDRAL. |
| Opérations et appareils | MALGAIGNE. |
| Thérapeutique et matière médicale | GRISOLLE. |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés | MOREAU. |
| Clinique médicale | BOUILLAUD.<br>ROSTAN.<br>PIORRY.<br>TROUSSEAU. |
| Clinique chirurgicale | ROUX.<br>VELPEAU.<br>LAUGIER, Président.<br>NÉLATON, Examinateur. |
| Clinique d'accouchements | P. DUBOIS. |

*Secrétaire*, M. AMETTE.

*Agrégés en exercice.*

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY, Examinateur.
REGNAULD, Examinateur.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MON FRÈRE, A MA SOEUR.

Je prie MM. Malgaigne, Andral, Pidoux, Guérard, Roux, Baillarger, Marjolin, Monod, Michon, et Nonat, mes maîtres dans les hôpitaux, d'agréer l'expression de ma reconnaissance pour les savantes leçons que j'ai puisées près d'eux au lit des malades, et pour la bienveillance dont ils m'ont toujours honoré pendant le cours de mes études.

# CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR

# LA THORACENTÈSE.

La précision avec laquelle l'étude de la percussion et de l'auscultation nous fait arriver au diagnostic des épanchements de la poitrine, les perfections apportées depuis peu dans les procédés opératoires de la thoracentèse, ont fait de cette opération une question à l'ordre du jour, envisagée de diverses manières par les médecins, et sur laquelle la science semble n'avoir pas encore dit son dernier mot.

En effet, les discussions académiques de 1836, celles qui ont eu lieu en 1850 à la Société de chirurgie et à la Société des médecins des hôpitaux de Paris, ont laissé à la clinique le soin de résoudre une foule de questions qui ne pourront être résolues que par la discussion et l'étude attentive des faits qu'il sera permis à chacun d'apporter pour faire jaillir quelque lumière sur ce point de la science, l'un des plus pratiques et des plus controversés. Les faits que j'ai pu observer, cette année, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Nonat, où j'ai été attaché comme interne, m'ont démontré, jusqu'à l'évidence, l'innocuité de cette opération et son heureuse influence sur la disparition de certains épanchements de la poitrine. En moins de six mois, j'ai vu pratiquer sept opérations de thoracentèse, dont les suites ont été aussi simples que celles de la para-

centèse abdominale ou de la ponction de l'hydrocèle, et qui, pour la plupart, ont été couronnées du succès le plus complet.

La pratique de M. Nonat, depuis plusieurs années, a été conforme à ces résultats, et sur une trentaine d'opérations déjà pratiquées par lui, il n'a eu à déplorer aucun accident qui pût être attribué à ce mode de traitement.

Cependant il est des cas où l'évacuation pure et simple de la poitrine ne suffit pas, on voit des épanchements d'une certaine nature se reproduire après plusieurs ponctions successives; dans ce cas, il était naturel de se demander s'il n'était pas possible d'appliquer à la plèvre les injections médicamenteuses, qui avaient déjà été faites avec avantage, dans ces derniers temps, pour d'autres cavités séreuses, le péritoine, les synoviales articulaires, etc., et nous avons injecté de la solution iodée dans la plèvre de deux de nos malades, dont j'aurai occasion plus loin de rapporter les observations.

Je chercherai donc, dans le cours de ce travail, à établir, surtout par des faits, la valeur thérapeutique et les indications de la thoracentèse, et à déterminer jusqu'à quel point les injections iodées sont susceptibles, dans certains cas, de servir de complément à cette opération.

Les épanchements qui font le sujet des sept observations que je vais rapporter ne sont pas tous de même nature; pour faire une exposition plus méthodique de tous les faits qui concernent chacun d'eux, je les ai rangés en deux groupes : dans un premier, j'ai placé les épanchements formés par un liquide séreux; dans un second, ceux qui étaient formés par un liquide sanguin ou purulent. L'importance que la nature du liquide épanché a sur la marche, la durée et la terminaison des épanchements pleurétiques, comporte pour chacun de ces groupes des considérations spéciales qui légitimeront, je l'espère, cette division.

# CHAPITRE I^er^.

## ÉPANCHEMENTS SÉREUX.

Les épanchements pleurétiques séreux sont, comme tout le monde le sait, des affections facilement curables, et leur durée moyenne varie entre trois et quatre septénaires; mais ils ne se comportent pas toujours aussi simplement, et une infinité de causes peuvent contribuer à retarder leur guérison. En première ligne, nous devons placer l'abondance excessive du liquide épanché, qui par son abondance même devient une des principales causes du défaut de résorption. Dans ces, cas l'épanchement, ainsi abandonné à lui-même, passe à l'état chronique; quelquefois les sujets succombent lentement, minés par les troubles de la respiration et de la circulation, et par une diarrhée colliquative; ou bien subitement, par suite des complications qui peuvent survenir du côté de l'organe pulmonaire; MM. Andral, Bouillaud, Cruveilhier, ont cité des exemples de ce genre. D'autres fois, sans causer la mort, ces épanchements deviennent une cause de fièvre qui met le médecin dans l'impossibilité d'alimenter le malade, qui se trouve alors soumis à des conditions diathésiques fâcheuses, conditions qui peuvent favoriser le développement des tubercules, le retrait, la carnification du poumon, l'organisation toujours grave des fausses membranes, enfin l'altération de la sérosité, qui est susceptible de devenir purulente. D'autres fois, lorsque ce liquide finit par se résorber, les plèvres restent couvertes de fausses membranes variables par leur siége et leur disposition ; le malade conserve souvent, sa vie durant, de la toux, de l'oppression, des douleurs passagères, qui se font surtout sentir pendant les grandes inspirations; le son reste plus ou moins mat du côté affecté, les bruits normaux de la respiration sont affaiblis, et la poitrine présente des déformations con-

nues de tous les médecins. La thoracentèse, qui dans ces cas débarrasse en tout ou en partie la plèvre du malade du liquide qu'elle contenait, et qui place celui qui y reste dans des conditions plus favorables à sa résorption, est évidemment utile au malade. C'est, du reste, ce que tendent à prouver les cinq observations que je vais citer.

Nous avons pratiqué avec succès la thoracentèse chez quatre malades atteints de pleurésie aiguë simple, qui ne présentaient d'autres complications que l'extrême abondance de l'épanchement, produisant une gêne considérable de la respiration, sans cependant donner lieu à une fièvre intense; chez ces quatre malades, avant de nous décider à l'opération, nous avons préalablement employé, et sans succès, tous les traitements d'usage, et ce n'est qu'après avoir constaté leur insuffisance que la ponction a été faite. Cependant, avant de plonger le trois-quarts dans la poitrine, nous avons pu constater, parmi tous les autres signes propres aux épanchements, l'absence des vibrations thoraciques. C'est, suivant M. Nonat, un signe d'une importance telle, qu'il ne faut jamais manquer de l'interroger avant de pratiquer l'opération.

En effet, les vibrations des parois thoraciques ne manquent jamais à l'état normal, lorsqu'on fait tousser ou élever fortement la voix de l'individu sur lequel on observe; aussi leur absence, lorsqu'on se place dans les conditions les meilleures pour leur production, est-elle véritablement pathognomonique d'un épanchement pleurétique; les indurations du parenchyme pulmonaire, produites par la présence de tubercules, par la pneumonie, etc., donnent, comme dans les cas d'épanchement de la plèvre, de la matité; mais, dans tous ces cas, les vibrations sont conservées[1], quelquefois même augmentées; de plus, entre un épanchement actuellement existant et une ancienne collection résorbée, ne laissant à la surface du poumon qu'une couche de fausses membranes plus ou moins épaisses, la percussion ne fait voir aucune différence; la palpation seul, au moyen du phénomène des vibrations thoraciques, nous permet

de dévoiler leur existence. C'est ainsi que M. Nonat, sans avoir égard à la palpation des parois du thorax, fit un jour, à l'hôpital Cochin, la thoracentèse chez un homme qui, du reste, présentait tous les autres signes d'un épanchement pleurétique : le trois-quarts arriva au milieu de fausses membranes, et il sortit un peu de sang par la canule ; l'instrument retiré aussitôt, il procéda de nouveau à l'exploration de la poitrine, et constata facilement la présence des vibrations thoraciques.

Ce que nous avons dit de la percussion peut tout aussi bien s'appliquer à l'auscultation ; car l'absence complète ou la faiblesse du murmure vésiculaire, le souffle bronchique, ne sont pas des signes qui appartiennent en propre à la pleurésie, et l'égophonie, qui est regardée par tous les auteurs comme un signe certain, manque encore quelquefois : elle a manqué deux fois sur les cinq observations que nous nous proposons de mettre sous les yeux du lecteur.

### Ire OBSERVATION.

Pleurésie aiguë; épanchement considérable; thoracentèse au bout de trois semaines. Guérison.

Le 14 mars 1853, est entré au n° 54 de la salle Saint-Paul le nommé Marteau (Achille-Louis), âgé de trente-neuf ans, exerçant la profession d'emballeur.

Cet homme, qui est habituellement bien portant, et qui est bien constitué, a été pris, voilà quinze jours, d'un frisson avec douleurs vives dans le côté gauche de la poitrine. Depuis cette époque, le malade est resté couché chez lui ; il a pris plusieurs vomitifs qui ont apporté très-peu de changement à sa maladie ; enfin, n'allant pas mieux, il entre à l'hôpital le 14 mars.

La fièvre est peu intense, le pouls présente à peine 90 pulsations; il y a seulement une dyspnée assez forte, et une douleur dans le côté gauche de la poitrine, persistant toujours avec la même inten-

sité ; en percutant, on perçoit, en arrière de ce même côté, une matité qui s'élève jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate ; en avant et sur les côtés, cette matité ne remonte pas aussi haut, et l'on entend manifestement en percutant, immédiatement au-dessous de la clavicule, le son tympanique qui a été noté par Skoda. Dans toute l'étendue du côté malade, on ne perçoit pas de vibrations thoraciques, tandis qu'il est facile de constater leur existence dans tout le côté sain ; il n'y a pas de respiration dans tous les points occupés par la matité, pas d'égophonie, la voix semble plus lointaine. — On applique des ventouses sur la poitrine.

Le 22 mars. Des ventouses ont encore été appliquées, et le malade porte en ce moment-ci un vésicatoire qui lui couvre tout le côté ; cependant, en examinant la poitrine, on voit que la matité est considérablement augmentée, et qu'elle remonte au-dessus de l'épine de l'omoplate, dans la fosse sus-épineuse en arrière, jusqu'au niveau de la clavicule en avant, et que le son tympanique a par conséquent disparu. Les phénomènes stéthoscopiques, du reste, n'ont pas varié, si ce n'est cependant que la respiration ne peut être entendue dans les parties qui ont été envahies par la matité ; la dyspnée est plus forte, et cependant la douleur pas plus intense qu'auparavant ; l'état général non plus ne s'est pas aggravé, et c'est à peine si le malade présente de la fièvre.

Le 25. On pratique la thoracentèse, qui donne issue à 2 litres d'un liquide onctueux verdâtre ; le malade éprouve aussitôt après l'opération un soulagement notable. En percutant la poitrine, on peut constater que le son est revenu à peu près partout, si ce n'est cependant à la base, où il existe encore un peu de matité ; la respiration s'entend dans presque toute l'étendue de la poitrine.

Le 26. Le mieux se continue, et aucun signe ne montre que l'épanchement ait commencé à revenir ; la respiration est toujours facile, il n'y a presque pas de fièvre ; expectoration abondante.

Le 27. L'état du malade est à peu près le même qu'hier ; cepen-

dant l'épanchement s'est reproduit en partie, il existe de la matité et de la faiblesse du murmure vésiculaire dans tout le tiers inférieur du poumon, et quelques râles de bronchite. — Ventouses scarifiées sur le côté de la poitrine.

Le 2 avril. L'épanchement semble vouloir persister malgré l'application d'un large vésicatoire et des purgatifs répétés ; cependant il n'y a pas de fièvre.

Le 8. L'épanchement semble diminuer, et n'occupe plus que le quart inférieur du poumon.

Enfin le malade sort le 18, complétement guéri.

## IIe OBSERVATION.

Pleurésie aiguë; épanchement considérable; thoracentèse au bout de quinze jours. Guérison rapide.

Le 3 mai 1853, est entré au n° 35 de la salle Saint-Paul le nommé Serré (Joseph-Adolphe), âgé de quarante-sept ans, exerçant la profession de tailleur de cristaux.

Depuis près de douze jours, cet homme éprouvait des malaises et de la toux qui cependant ne l'avaient pas empêché de travailler ; ce n'est que le 2 mai, qu'ayant éprouvé une douleur de côté et des frissons, il a été obligé de suspendre ses travaux, et d'entrer le lendemain 3 mai à l'hôpital.

Il présente de la fièvre, le pouls donne 96 pulsations ; de la dyspnée, il y a 32 inspirations par minute ; en même temps, la douleur dans le côté droit de la poitrine persiste, quoique moins forte qu'hier. A la percussion, le côté droit du thorax offre une matité qui s'étend, en arrière, de l'épine du scapulum à la base de la poitrine ; en avant, jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule ; de plus, il est facile de constater sur toute cette surface occupée par la matité une absence complète des vibrations thoraciques. A l'auscultation, la respiration normale est remplacée par du souffle, on entend aussi de l'égophonie.

Le 5. L'épanchement semble avoir augmenté, la respiration est devenue beaucoup plus difficile, les veines du cou sont énormément distendues; on pratique la thoracentèse, qui donne issue à 2 litres et demi d'un liquide séreux verdâtre tenant en suspension des flocons albumineux. Le malade se sent considérablement soulagé, le soir, le mieux se continue, le crachoir du malade est rempli en entier par un liquide visqueux verdâtre, ressemblant en tout point à celui qui a été extrait par la ponction. Ces crachats ont été rendus peu de temps après l'opération.

Le 6. Le malade a encore continué à rendre beaucoup de crachats; cependant il y a un mieux notable, le pouls est à 84, et il y a par minute 24 inspirations. En examinant la poitrine, on constate une sonoréité qui s'étend en avant dans les trois quarts supérieurs, et en arrière dans la moitié supérieure; par l'auscultation, un murmure vésiculaire, à peu près normal dans tous les points sonores, et un peu de râle sous-crépitant à la base; la toux, qui s'est manifestée hier dans la journée, se continue encore aujourd'hui. — Tisane de chiendent, 2 pilules de seille et de digitale.

Le 10. Le malade va de mieux en mieux, les deux tiers supérieurs de la poitrine résonnent à la percussion, il n'existe de la matité que dans le tiers inférieur; il y a moins de râle et plus de murmure vésiculaire que les jours précédents. Même prescription; plus, six ventouses scarifiées sur le côté de la poitrine.

Le 12. On donne une goutte d'huile de croton tiglium en deux pilules, elles produisent de nombreuses évacuations.

Le 14. On renouvelle les pilules, qui produisent à peu près le même effet. Ces pilules sont encore données six jours après.

Le 27. Le malade se plaignant d'une douleur de côté dans la poitrine, on applique des ventouses sur le point douloureux: le soulagement qu'elles produisent est instantané; en percutant la poitrine, on perçoit encore un peu de matité à la base du poumon et un bruit de frottement pleural.

Enfin, le 7 juin, le malade sort guéri. On entend, il est vrai, en-

core un peu de frottement pleural à la base du poumon, mais le malade n'accuse ni point de côté, ni dyspnée, ni fièvre. Il mange trois portions.

Les résultats de la thoracentèse ont été évidents chez ces deux malades ; chez le premier surtout, dont l'épanchement, au bout de trois semaines d'un traitement énergique, n'avait fait qu'augmenter, et gêner de plus en plus la respiration.

Dans l'un et l'autre cas, nous avons vu la dyspnée disparaître comme par enchantement après l'opération, pour ne plus reparaître jusqu'à la guérison définitive.

Mais, en débarrassant ainsi la cavité pleurale du liquide qu'elle renfermait, et qui par sa trop grande quantité s'opposait aux phénomènes de résorption, nous ne prétendons pas avoir guéri instantanément la maladie. Nous avons vu, en effet, qu'après l'opération, la pleurite persistait et sécrétait une nouvelle quantité de liquide, et dans ces deux observations, nous avons pu remarquer que le liquide, après s'être reproduit, a persisté pendant quelque temps, pour disparaître ensuite peu à peu sous l'influence d'une médication appropriée ; car c'est alors que les médications externes ou internes, mises en usage, produisent un effet incontestable là où elles avaient été infructueuses ; c'est ainsi que, sous l'influence des pilules de scille et de digitale, des ventouses scarifiées, des vésicatoires, des purgatifs répétés, entre autres l'huile de croton tiglium, nous avons vu disparaître ces collections reproduites après l'opération.

Mais la guérison n'est pas toujours aussi rapide que chez les deux malades précédents ; voici l'observation d'un autre malade, chez lequel la guérison a été moins prompte et peut-être moins complète.

## IIIe OBSERVATION.

Pleurésie abondante datant de six mois; thoracentèse. Guérison.

Le 22 mars 1853, est entré au n° 24 de la salle Saint-Paul un nommé Franci (Félix-Eugène), âgé de trente-quatre ans, colporteur.

Cet homme souffre depuis environ trois mois; mais, depuis deux mois surtout, il a été pris de perte d'appétit, de toux, de malaises, de frissons, de difficultés de respirer, et de douleurs dans le côté gauche de la poitrine.

Cependant, le jour de son entrée, ce malade présente peu de fièvre; le pouls donne 84 pulsations; il a de la difficulté à respirer; en même temps, il éprouve une douleur dans le côté gauche de la poitrine; en percutant ce même côté, on perçoit une matité s'élevant par derrière à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate, et par-devant à cinq travers de doigt environ au-dessous de la clavicule; dans tous les points occupés par la matité, il est impossible de percevoir des vibrations thoraciques; à l'auscultation, on entend du souffle bronchique; pas d'égophonie. (Ventouses sur la poitrine; pilules de scille et de digitale; les jours suivants, on applique un vésicatoire.) Cependant, malgré tout cela, l'épanchement, au lieu de diminuer, ne fait qu'augmenter, et, dès le 2 avril, il est facile de constater qu'il a envahi la totalité de la plèvre; en effet, on trouve par la percussion de la matité jusqu'au sommet du poumon, et la dyspnée habituelle est devenue beaucoup plus considérable.

La thoracentèse est pratiquée; elle donne issue à près de 3 litres d'un liquide séreux, verdâtre, et soulage instantanément le malade. Cependant, le soir, la dyspnée reparaît, et il existe des râles muqueux très-abondants dans toute l'étendue de la poitrine; le malade a expectoré pendant la journée deux pleins crachoirs de mu-

cosités filantes, ressemblant au liquide qui a été retiré le matin par la ponction.

Le 3. Les râles muqueux qu'on entend dans la poitrine sont toujours très-abondants, de plus il existe un peu plus de fièvre qu'hier; l'épanchement s'est en grande partie reproduit, car la matité qu'on produit par la percussion se perçoit jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate; les crachats, quoique encore verts et visqueux, sont bien moins abondants qu'hier soir.

Le 8. Le liquide a un peu diminué : c'est ce qu'il est facile de constater par la percussion, mais il existe toujours beaucoup de bronchite, et l'expectoration du malade est toujours abondante; cependant l'état général est beaucoup plus satisfaisant, il existe bien moins de fièvre; et, sans produire de la sonoréité, on perçoit d'une manière plus facile qu'auparavant les vibrations thoraciques.

Le 20. L'état du malade s'est sensiblement amélioré; il n'existe plus de fièvre, et la respiration se fait avec une plus grande facilité, quoiqu'il existe toujours de la matité dans le tiers inférieur du poumon, et que la respiration y soit toujours un peu obscure; on entend même dans les grandes inspirations un bruit de frottement pleural très-prononcé, mêlé à quelques bulles de râle sous-crépitant. Le malade, qui depuis l'opération a déjà subi deux fois l'application des ventouses, porte depuis hier un large vésicatoire sur le côté de la poitrine, ce qui ne l'empêche pas de se lever et de manger trois portions.

Le 8 mai. Le malade sort de l'hôpital dans un état de santé assez satisfaisant. Depuis longtemps déjà; la dyspnée dont il était atteint ainsi que la bronchite ont disparu, mais il existe toujours de la matité dans le tiers inférieur du poumon, des frottements pleuraux, et une grande faiblesse du bruit respiratoire.

Nul doute ici que, si la ponction eût été faite dans les trois premières semaines du début de la maladie, comme chez les deux ma-

lades précédents, la résorption de l'épanchement se fût faite plus vite et d'une manière plus complète; cette observation nous montre que la thoracentèse sera d'autant plus utile qu'elle aura été faite à une époque plus rapprochée du début de la maladie, c'est-à-dire au moment où les plèvres n'auront pas encore été épaissies, couvertes de fausses membranes, et le tissu du poumon induré. Cependant, chez ce malade, tout porte à croire que l'organisation des fausses membranes n'a mis aucun obstacle au développement de l'organe pulmonaire; car ce développement a pu être constaté, comme dans les autres opérations, par le retour de la résonnance et du murmure respiratoire dans les parties que le liquide abandonnait, de même aussi que par les quintes de toux qui se manifestèrent vers la fin de l'opération, comme elles se manifestent chez presque tous les malades. Ces quintes de toux, qui doivent être attribuées à l'impression produite par la pénétration de l'air dans les cellules pulmonaires, que la compression du liquide pleural avait jusqu'ici rendues imperméables, sont la preuve la plus incontestable du déplissement du poumon. Cette manière de voir me paraît surtout prouvée par l'absence de cette toux convulsive chez un malade dont je rapporterai l'observation plus loin, et à l'autopsie duquel on trouva le poumon bridé dans toute sa paroi postérieure par une fausse membrane épaisse et résistante, qui devait nécessairement s'opposer à son développement. Cette action de l'air sur les cellules pulmonaires s'exerce non-seulement au moment de l'opération, mais encore pendant les jours suivants; les symptômes de bronchite, l'expectoration abondante, les râles sous-crépitants, qui surviennent alors, doivent lui être attribués autant qu'à la suractivité qui se produit dans tout l'organe pulmonaire.

Ces symptômes de bronchite, ou plutôt de bronchorrhée, ont persisté, chez presque tous nos malades, jusqu'à sept ou huit jours après l'opération; chez quelques-uns: l'expectoration a été excessivement abondante ; ainsi celui qui fait le sujet de la dernière observation a rendu, dans la journée même où il a été opéré, deux

pleins crachoirs d'un liquide séreux verdâtre, ressemblant à celui qui avait été extrait de la plèvre; évidemment ce liquide avait trop d'analogie avec un liquide séreux, pour être regardé comme un produit ordinaire de sécrétion de la muqueuse bronchique; de plus, l'absence des symptômes du pneumothorax devait nous empêcher d'admettre l'existence d'une fistule pleuro-bronchique, à travers laquelle ce liquide se serait fait jour à l'intérieur des bronches.

Nous devons donc regarder ce fait comme excessivement curieux, et l'attribuer peut-être aux nouvelles conditions physiques dans lesquelles se trouve le poumon: en effet, quoique ressemblant au liquide séreux de la plèvre, les matières expectorées ne peuvent cependant pas venir de l'intérieur de cette cavité; leur formation doit plutôt être attribuée à l'activité qui se produit tout à coup dans la circulation pulmonaire, et surtout à l'afflux considérable du sang, qui fait que sa partie la plus liquide transsude à travers les membranes, pour faire pleuvoir, à la surface de la muqueuse bronchique, des quantités quelquefois très-considérables de sérosité. Cette déperdition abondante du sérum du sang qui se fait et par les bronches, et surtout par les plèvres, puisqu'on voit, pendant les jours qui suivent l'opération, la cavité pleurale se remplir quelquefois en entier, exerce sur la composition générale du sang des modifications qui doivent singulièrement favoriser les phénomènes de l'absorption.

En effet, on sait que la plénitude plus ou moins grande du système vasculaire exerce une très-grande influence sur l'absorption. Tout le monde connaît l'expérience de M. Magendie, qui injecta un litre d'eau dans les veines d'un chien de moyenne taille, et introduisit dans la plèvre de cet animal un poison dont l'action connue fut retardée jusqu'à ce qu'il fit une saignée abondante de la jugulaire.

Or cette quantité considérable de sérum extraite à la masse du sang, par son passage à travers la muqueuse bronchique ou la séreuse de la plèvre, agit de la même manière que la saignée qui

détruit la plénitude du système vasculaire ; mais elle a, sur la saignée, qui diminue la plasticité du sang, de très-grands avantages, car elle augmente la densité de ce fluide, surtout de son sérum, et place l'économie dans des conditions plus favorables aux phénomènes d'absorption.

Cette saignée, pour ainsi dire séreuse, a une action à peu près analogue à celle du vésicatoire ou d'un purgatif, mais elle est bien plus puissante, car elle donne quelquefois issue à plus de 2 litres de sérosité ; du reste, cette hypersécrétion qui se manifeste à la surface des bronches, l'excitation continuelle qui s'y produit, n'est peut-être pas sans avantages pour faire équilibre à la sécrétion qui continue à se produire quelque temps après l'opération dans la plèvre toujours enflammée.

Pour terminer ce que nous avons à dire des épanchements pleurétiques séreux, il nous reste encore à parler de deux malades qui diffèrent l'un de l'autre sous beaucoup de rapports, mais que je rapproche cependant. En effet, ces deux malades ont été opérés le 10 juillet dernier : l'un a éprouvé, depuis l'opération, un mieux notable qui semble devoir se continuer jusqu'à la complète guérison ; l'autre, qui était depuis longtemps dans un état très-grave, dû très-probablement à la présence de tubercules dans le poumon, a été soulagé un instant ; mais la date encore récente de ces deux opérations m'empêche de donner, comme chez les autres malades, des résultats définitifs.

Cependant ces deux observations sont curieuses à deux titres différents : l'une, à cause de l'extrême abondance de l'épanchement ; l'autre, au contraire, à cause de sa faible quantité.

Chez le malade qui fait le sujet de la première, nous avons retiré 3 litres d'un liquide séreux, et nous avons jugé convenable d'en laisser une certaine partie dans la plèvre ; or c'est là une des questions pratiques de la thoracentèse, que de fixer s'il vaut mieux laisser dans la poitrine une certaine quantité de liquide, que d vider tout d'un trait et dans la même séance.

Les auteurs ne sont pas d'accord : les uns sont d'avis qu'il faut tout enlever ; d'autres, comme M. Nonat, préfèrent en laisser une certaine proportion, lorsque l'épanchement est abondant.

Cette dernière manière de faire me semble la plus sage, surtout dans les cas où ces épanchements pleurétiques abondants sont anciens ; en effet, le poumon, qui est alors comprimé depuis longtemps, entouré de fausses membranes plus ou moins bien organisées, devient assez difficilement perméable, et il peut survenir, sous l'influence de la pression brusque de l'air atmosphérique, des déchirures des quelques cellules pulmonaires qui, suivant M. Piedagnel, donnent passage à l'air dans le sang ; c'est ainsi qu'a été expliquée, à la Société de médecine des hôpitaux, la mort qui est survenue brusquement, après l'opération de la thoracentèse, chez un malade de M. Trousseau, qui a coutume de vider la plèvre en entier et dans la même séance.

Du reste, je ne vois pas pourquoi cette manière de faire, qui évite le danger que nous venons de signaler, a pu être regardée comme insuffisante, car jamais il n'arrive de vider la plèvre entièrement, lors même qu'on fait tous ses efforts pour y arriver ; il reste toujours, après les opérations de thoracentèse les mieux faites, une certaine quantité de liquide ; celui-ci, même trois ou quatre jours après l'opération, se reproduit presque toujours en assez grande abondance. Je ne vois donc pas pourquoi on mettrait tant de soin pour remplir une condition à peu près impossible, et qui n'est pas sans entraîner avec elle quelques dangers.

On comprend facilement, avons-nous dit, les dangers qui s'attachent à la méthode d'enlever tout le liquide, lorsque les épanchements sont abondants et anciens ; mais il n'en est plus de même lorsque le liquide est en faible quantité, comme chez le malade qui fait le sujet de la 5$^e$ observation, et chez lequel la gravité et la persistance des symptômes généraux seuls nous ont décidé à pratiquer la thoracentèse ; mais nous avions à craindre ici un autre genre d'accidents non moins grave, je veux parler de la blessure du poumon ;

En effet, ici cet organe n'était séparé de la paroi thoracique que par une légère couche de liquide, et il y avait à craindre que la pointe du trois-quarts, poussée un peu trop loin, n'allât pénétrer dans le parenchyme pulmonaire.

Mais cette blessure du poumon, dont les ennemis de la thoracentèse ont fait tant de bruit, est facile à éviter lorsqu'on s'entoure de toutes les précautions désirables; en effet, au moment où en enfonçant l'instrument on vient à traverser le feuillet de la plèvre pariétale, on sent immédiatement un manque de résistance à la pression, qui indique que l'on entre dans la cavité; or, une fois cette sensation obtenue, on peut très-bien retirer la pointe devenue inutile, et ne plus enfoncer que la canule, dont l'extrémité mousse est incapable de piquer ou de contondre; ou bien encore, dès le commencement de l'opération, enfoncer le trois-quarts dans la poitrine un peu obliquement de bas en haut: cet accident, sur lequel nous insistons, me paraît du reste excessivement rare, je ne l'ai vu relaté nulle part, dans les nombreuses observations de thoracentèse que j'ai pu lire, et cependant il serait difficile d'admettre qu'un tel accident pût passer inaperçu, car un pneumothorax subit est une affection des plus faciles à diagnostiquer, et qui ne peut pas être attribuée au passage de l'air à travers la canule, lorsqu'elle est garnie de son enveloppe de baudruche.

### IV[e] OBSERVATION.

**Épanchement pleurétique abondant; thoracentèse; issue de 3 litres de liquide.**

Le 18 juin 1853, est entré au n° 41 de la salle Saint-Paul le nommé Laby (Jean), âgé de dix-huit ans, scieur de long.

Ce jeune homme, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, a éprouvé des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, douleurs qui se sont manifestées sans fièvre, et qui ne l'ont pas empêché de continuer ses travaux.

Entré le 18 juin, il présente tous les signes d'un épanchement considérable dans le côté gauche de la poitrine, et cependant il a peu de fièvre, la respiration est assez fortement gênée. A plusieurs reprises, on applique sur le côté de la poitrine des ventouses scarifiées; enfin, l'épanchement ne diminuant pas, on se décide à faire la thoracentèse, qui est pratiquée le 9 juillet. Elle donne issue à 3 litres d'un liquide séreux un peu verdâtre; la toux est très-forte vers la fin de l'opération; on laisse une certaine quantité de liquide dans la poitrine. Le bien-aise qui succède à l'opération est évident.

Les jours suivants, il existe une expectoration très-abondante, les crachats qui sont ainsi rendus ressemblent au liquide qui a été extrait par l'opération; en examinant la poitrine, il est facile de constater que le liquide s'est en grande partie reproduit, et qu'il existe dans le poumon correspondant à l'épanchement des râles muqueux à grosses bulles très-abondants.

Aujourd'hui, 13 juillet, le malade va de mieux en mieux, la respiration est *beaucoup* plus facile; la toux a cessé; les râles de bronchite ont disparu, et l'épanchement n'occupe plus que la moitié inférieure de la poitrine.

Le 15 juillet, l'épanchement diminue tous les jours; l'état général est des plus satisfaisants, et tout fait espérer que d'ici dix jours le malade sortira de l'hôpital complétement guéri.

## V^e^ OBSERVATION.

Fièvre typhoïde; épanchement pleurétique du côté gauche; thoracentèse.

Le 14 juin 1853, est entré au n° 6 de la salle Saint-Paul un nommé Dupalu (Antoine), terrassier, âgé de vingt-trois ans.

Ce jeune homme, qui jouit d'une constitution assez faible, toussait depuis longtemps, lorsque, quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'un point de côté avec fièvre; n'obte-

nant pas de mieux par le repos au lit, il se décida à entrer à l'hôpital le 14 juin.

Examiné le jour de son entrée, il porte tous les signes d'un épanchement dans le côté gauche de la poitrine; cependant la fièvre est modérée, et tout faisant espérer une prompte résolution de la maladie, on applique sur le côté des ventouses scarifiées. La même médication est répétée deux jours après. — Le 22, l'état général du malade ne s'améliore pas, la fièvre est plus intense, il y a un peu de bronchite dans le poumon droit surtout, du dévoiement, et un peu de gargouillement dans la fosse iliaque. — Application d'un large vésicatoire sur le côté de la poitrine.

Les jours suivants, les symptômes de la fièvre typhoïde se manifestent de plus en plus; l'épanchement semble avoir un peu augmenté, la bronchite est toujours très-forte, et contribue en grande partie à gêner la respiration déjà difficile à cause de la présence de la pleurésie.

On pratique la thoracentèse le 9 juillet, on retire 1 litre environ d'un liquide assez limpide et un peu rougeâtre; le malade, aussitôt après l'opération, se sent considérablement soulagé.

Le mieux se continue le lendemain, la respiration est beaucoup plus facile; cependant la bronchite est toujours aussi forte.

Les jours suivants, les symptômes de la fièvre typhoïde continuent; le malade conserve toujours beaucoup de dévoiement; la bronchite est toujours très-intense. En examinant la poitrine, on peut constater que l'épanchement ne s'est que très-peu reproduit.

Aujourd'hui 14 juillet, la fièvre typhoïde continue son cours; l'expectoration est toujours très-abondante; la toux, en même temps que la persistance des râles muqueux au sommet du poumon, nous font craindre la présence de tubercules pulmonaires et une terminaison *funeste* de la maladie.

Outre les épanchements à forme aiguë dont nous venons de donner des exemples, il en existe une autre espèce qui, sans contredit,

est appelée à tirer les plus grands bénéfices de la thoracentèse; je veux parler de ces vastes épanchements dans lesquels on voit des quantités considérables de liquide séreux s'amasser et constituer de véritables hydropisies de poitrine, se différenciant de ceux dont nous venons de parler par la lenteur de leur formation, par une fatigue insolite, par l'expression dyspnéique de la face, la diminution des forces, par le décubitus sur le côté malade, et par un sentiment de pesanteur à l'estomac. Ces épanchements, qui tiennent à différentes causes, seront d'autant mieux guéris par la thoracentèse que celles-ci seront plus susceptibles d'être vaincues; ainsi. dans ceux qui sont produits par les uns, sous l'influence d'une diathèse séreuse, par les autres, sous l'influence d'une pleurite chronique latente, l'opération, en débarrassant la cavité pleurale de la grande quantité de liquide qu'elle renfermait, place cette cavité dans des conditions meilleures pour que la résorption s'y opère, tout en soustrayant le malade aux dangers qui le menacent; alors les médications externes ou internes, mises en usage, produisent plus d'effet soit pour empêcher le liquide de se reproduire, soit pour procurer la résorption complète de celui qui est resté ou qui s'est nouvellement formé.

Dans ces épanchements consécutifs saux exanthèmes cutanés, aux flux normaux ou anormaux suspendus, dans ceux surtout qui découlent d'une altération du sang, et pour lesquels la médecine reste impuissante, il est possible qu'après l'opération, le sang, réparé déjà par le régime, l'hygiène et le traitement subi, ne soit plus à même de fournir aussi facilement à l'exsudation séreuse; la cavité pleurale, débarrassée alors d'une quantité de liquide dont la détérioration de l'organisme ne permettait pas la résorption, se remplira moins facilement, et cette nouvelle collection arrivant, elle se trouvera dans de meilleures conditions d'élimination vis-à-vis des surfaces d'excrétion au fur et à mesure qu'une médication sagement appliquée tendra à leur imprimer une action plus énergique. C'est ainsi que nous ne balancerions pas à vider un épanchement consécutif au scorbut, du moment qu'il serait vaste, qu'il n'aurait pas de

chances de résorption, pourvu que les forces du sujet fussent relevées à un certain degré par un traitement approprié. J'ai encore présente à l'esprit l'histoire d'une jeune femme de la Maison de santé, qui, à la suite d'une métrorrhagie très-abondante, après une couche, eut tout le côté gauche de la poitrine envahi par un épanchement séreux énorme qui l'emporta en moins de deux jours; je me demande si, dans ce cas, malgré le très-grand état d'anémie dans lequel cette femme se trouvait plongée, il n'y avait pas bénéfice à pratiquer la thoracentèse, surtout dans un épanchement comme celui-ci, qui devait être fatalement mortel, à cause de son abondance.

Du reste, cette mort n'est malheureusement pas la seule; il n'y a rien de plus insidieux que la marche et la terminaison de ces pleurésies latentes, et peut-être plus souvent que dans la pleurésie aiguë, voit-on l'épanchement devenir tout à coup très-considérable et produire rapidement la mort; des malades succombent brusquement à une époque où l'ensemble des symptômes est loin de dénoter un danger prochain; M. Chomel a vu la mort arriver dans 5 ou 6 cas où, l'épanchement étant extrêmement considérable et situé à gauche, le cœur était fortement refoulé à droite. M. Oulmont, dans sa thèse, a cité l'observation de deux malades qui n'avaient pas été reçus à l'hôpital pour une affection de poitrine; leur épanchement, qui était énorme, n'avait déterminé qu'une dyspnée assez légère pour n'être perçue par le malade que dans des circonstances extraordinaires; dans l'un et l'autre cas, c'est le hasard qui a fait découvrir l'épanchement, et dans ces deux cas aussi, la mort est survenue brusquement, alors que rien ne pouvait faire prévoir une terminaison funeste. Chez l'un, le poumon opposé à la pleurésie était infiltré d'une grande quantité de sérosité sanguinolente et spumeuse; dans l'autre, le poumon qui fonctionnait seul était turgescent, engoué, très-friable. Dans un mémoire qui a été lu en 1850 par M. Pidoux à la Société médicale des hôpitaux, cet auteur a cité 3 cas de mort survenue ainsi dans sa clientèle, au moment où on

devait s'y attendre le moins. Dans la même année et à la même société, M. Requin a cité un autre cas.

Il y a moins de trois mois, j'ai eu occasion de voir aussi un fait à peu près semblable, seulement la pleurésie a eu une marche plus aiguë, et s'est compliquée d'accidents pulmonaires plus prononcés. En voici l'observation.

### VI[e] OBSERVATION.

Pleurésie abondante; mort subite.

Le 11 avril 1853, est entré au n° 45 de la salle Saint-Paul un nommé Foyet (Jean-Baptiste), âgé de vingt-huit ans, cordonnier.

Cet homme, voilà trois jours, a été pris de frisson, de toux et d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine; le jour de son entrée, la fièvre est intense, il existe de l'abattement; la langue est sèche, rouge; il y a du dévoiement. En même temps, le malade éprouve une très-grande difficulté à respirer, il a un point de côté, il tousse beaucoup et expectore en toussant des crachats mêlés de sang; il y a un peu de matité dans tout le côté gauche de la poitrine, et à l'auscultation, on entend des râles muqueux dans tous les points de la poitrine occupés par la matité. — Saignée, application de ventouses scarifiées.

Le 12 avril, la toux a diminué, la respiration est obscure; de plus on entend, surtout à la partie supérieure, un peu de souffle bronchique; la saignée est couenneuse. Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux; cependant il reste toujours un peu de dyspnée, de toux et de douleur dans le côté gauche. En examinant la poitrine, on constate par la percussion une matité considérable s'étendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate dans tout le côté gauche de la poitrine; à l'auscultation, on entend

du souffle bronchique dans toute la partie de la poitrine occupée par l'épanchement, de l'égophonie, au sommet du poumon, des râles muqueux très-abondants. Point de vibrations thoraciques, même en faisant tousser le malade. Du côté droit de la poitrine, le son est à peu près normal à la percussion; râles muqueux dans toute l'étendue du poumon. En même temps, on constate qu'il existe un peu plus de fièvre que les jours précédents; il y a 96 pulsations. —Ventouses scarifiées sur le côté de la poitrine.

Le 20. La fièvre est moins forte, le malade respire mieux, l'épanchement ne fait pas de progrès ; cependant on entend toujours des râles muqueux en très-grande quantité dans la poitrine. — Application de ventouses sur les parois du thorax.

Le 25. Pendant les jours précédents, le malade est resté à peu près dans le même état. Cependant, depuis hier soir, il y a plus de dyspnée; l'épanchement, loin de se résorber, a peut-être un peu augmenté, les râles dans l'un et l'autre poumon sont plus abondants. — Un nouveau vésicatoire est appliqué sur le devant de la poitrine, et la thoracentèse est remise à quelques jours plus tard, si la respiration vient à s'embarrasser davantage.

A ma visite du soir, je trouve le malade dans une anxiété extrême et dans un état de suffocation imminente; j'apprends que cet état dure depuis près de deux heures, que mon collègue de garde, qui a été appelé pendant la journée, a fait appliquer, sur les parties latérales du thorax, des ventouses scarifiées qui ont produit quelque soulagement. J'examine le malade et je constate, que l'épanchement a augmenté, que la matité est beaucoup plus considérable, que le cœur est fortement refoulé à droite, et que ses mouvements sont irréguliers; qu'enfin il s'est déclaré une bronchite capillaire des plus intenses dans tout le poumon droit. En présence d'un état aussi grave, je pensai qu'il n'y avait que la thoracentèse qui pût sauver le malade, et j'envoyai prévenir M. Nonat, qui arriva aussitôt; mais il était déjà trop tard, le malade venait d'expirer.

A l'autopsie, nous avons trouvé de la bronchite dans toute l'é-

tendue du poumon droit, dans le poumon gauche un peu d'induration à la base, et la plèvre correspondante remplie de 2 litres environ d'un liquide séro-purulent. La surface de la plèvre était couverte de fausses membranes.

Dans cette observation, la mort du malade doit être attribuée tout autant à l'apparition brusque de la bronchite capillaire survenue dans le poumon droit, qu'à la présence de l'épanchement devenu rapidement très-considérable ; car il est peu d'épanchements de cette nature qui tuent le malade en peu de temps, tandis qu'un grand nombre de maladies du parenchyme du poumon, telles que l'apoplexie pulmonaire, la congestion inflammatoire, l'œdème pulmonaire, etc., sont susceptibles de produire des morts subites. On comprend facilement alors quel caractère de gravité ces maladies doivent prendre, lorsqu'elles sont compliquées de la présence d'un épanchement pleurétique existant déjà antérieurement, et combien, dans ces cas, l'opération de la thoracentèse peut être avantageuse. En évacuant, chez notre malade, les 2 litres de sérosité purulente qui remplissaient la plèvre gauche, comprimaient le poumon, et repoussaient le cœur à droite, on l'eût placé dans de meilleures conditions d'hématose qui l'eussent peut-être arraché à la mort. Je sais que l'état dans lequel le poumon a été trouvé après la mort serait suffisant à certaines personnes pour contre-indiquer l'opération ; cependant je ne vois pas que cette organisation de fausses membranes sur toute la surface de l'organe pulmonaire, sa carnification et son retrait, le rendent tout à fait imperméable à la pénétration de l'air. Il est impossible que, dans les sept opérations de thoracentèse que nous avons pratiquées avec succès, cet organe ne se soit pas trouvé une seule fois dans des conditions à peu près semblables à celui qu'il nous a été donné d'examiner chez ce malade ; et cependant dans tous les cas il nous a été possible de suivre, par la percussion et l'auscultation, au fur et à mesure que le liquide descendait, la pénétration de l'air dans toute l'étendue de la poitrine. Du

reste, ne résulte-t-il pas des expériences de M. Legendre, que de tels poumons sont encore susceptibles d'être pénétrés par l'air; cet observateur, en effet, en les soumettant à l'insufflation, a pu les pénétrer d'air comme des poumons entièrement sains.

On le voit, dans ce cas, comme dans ceux qui ont été cités par MM. Chomel, Oulmont, Pidoux, Requin, la thoracentèse avait de grandes chances de sauver les malades; elle était d'autant plus nécessaire, qu'aucune autre ressource ne pouvait être employée. C'est à de tels cas que les paroles suivantes de M. Sédillot sont surtout applicables : « Nous nous prononçons avec force, dit cet auteur, contre cette tendance de notre époque à négliger, comme inutile ou dangereuse, l'opération de l'empyème; les malades meurent dans les cas où elle est indiquée, sans qu'aucune voix accusatrice s'élève contre l'homme de l'art qui n'a pas même tenté de les sauver. »

J'ai cité jusqu'ici cinq opérations de thoracentèse pratiquées toutes cinq avec succès; mais il y avait encore à interroger les travaux de nos devanciers, et à leur demander jusqu'à quel point cette opération peut être regardée comme inoffensive.

Les résultats auxquels on est arrivé par la statistique sont encore extrêmement remarquables, si l'on considère que l'on ne pratique encore aujourd'hui la thoracentèse que lorsque les malades sont épuisés, plongés dans le marasme et presque agonisants; que cette opération a été, pour la plupart du temps, pratiquée par des procédés beaucoup moins favorables que ceux qui sont généralement employés depuis quelques années.

Bourgery, sur 122 opérés, a cité 86 guérisons, c'est-à-dire un peu plus des deux tiers. Les auteurs du *Compendium de médecine* ont compulsé 66 observations; ils ont trouvé 49 guérisons, c'est-à-dire encore plus des deux tiers. M. Abeille, en rendant compte des opérations de thoracentèse pratiquées par M. Guérin dans le servie de M. Michel Lévy, cite 8 guérisons solides et durables sur 11 opérations; encore un peu plus des deux tiers.

M. Trousseau, dans la discussion qui a eu lieu à la Société médi-

cale des hôpitaux, a donné, comme résultat, 14 guérisons sur 21 opérations, ou les deux tiers juste.

Si nous voulions analyser les résultats qui semblent les plus défavorables, c'est-à-dire ceux des auteurs du *Compendium de médecine,* et surtout ceux de M. Trousseau, nous verrions qu'ils ne sont nullement compromettants pour la méthode.

En effet, les observations de M. Trousseau peuvent être distribuées de la manière suivante : 11 guérisons sur 11 thoracentèses dans des cas de pleurésies simples avec épanchement excessif; 2 malades affectés de pleurésie purulente sont morts; sur les 8 derniers malades opérés dans de mauvaises conditions, affectés de maladies chroniques, 2 ont guéri d'une manière complète, 1 d'une manière incomplète; 5 sont morts, et sur ces 5, 4 étaient affectés de tubercules pulmonaires.

Il est facile de se convaincre par ces détails que la plupart des morts citées dans les statistiques sont arrivées chez des malades atteints déjà de complications très-graves et bien au-dessus des ressources de l'art. Sur les 7 opérations que j'ai pu voir cette année, il n'y a eu qu'un seul cas de mort; mais il sera facile, en lisant l'observation, de voir que l'opération n'a été regardée que comme palliative.

Les résultats auxquels M. Nonat est arrivé pendant une pratique de plusieurs années sont en tout comparables à ceux que nous venons de citer.

---

## CHAPITRE II.

### ÉPANCHEMENTS SANGUINS ET PURULENTS.

Le pronostic de ces sortes d'épanchements, dus très-probablement à l'acuité excessive du travail inflammatoire, est beaucoup plus grave que celui des précédents, à raison de la difficulté avec laquelle s'opère la résorption; il est permis d'assurer que dans ces cas la

thoracentèse donne des résultats peut-être moins prompts, mais quelquefois aussi plus évidents pour ceux qui connaissent la gravité de la maladie.

En effet, il est un fait d'observation, c'est que les collections sanguines, dans les séreuses naturelles ou artificielles, ne sont que peu susceptibles de résorption lorsqu'elles sont considérables ; en supposant même qu'elles viennent à disparaître peu à peu et lentement, les trames fibrineuses organisables qu'elles laissent après elles doivent nécessairement conduire à l'évacuation de la poitrine pour ne pas laisser le poumon refoulé cloisonné par des brides qui, en s'organisant, finissent par acquérir une grande solidité ; et si, dans l'épanchement séro-sanguin, les chances de résorption sont plus prononcées, il ne faut cependant pas oublier que les globules se précipitent au fond du liquide par leur propre poids, et que là ils forment, avec la partie du sérum non résorbé, un composé organique difficilement repris par l'absorption.

M. Nonat a fait, l'année dernière, une opération de thoracentèse dans un cas d'épanchement sanguin. Elle a été couronnée du succès le plus complet. Nous en avons fait une autre cette année ; le malade, qui est encore dans les salles, a été notablement soulagé, et serait certainement guéri s'il n'était survenu quelques complications du côté des poumons. En voici l'observation :

### VIIe OBSERVATION.

**Pleurésie hémorrhagique datant de deux mois et demi; thoracentèse; injection iodée; pénétration de l'air dans la plèvre; amélioration très-notable de l'épanchement.**

Le 21 mai 1853, est entré au n° 21 de la salle Saint-Paul un nommé Micotte (François), âgé de trente-quatre ans, ouvrier des ports. Voilà environ deux mois, le malade a éprouvé un point de côté avec fièvre. Il est entré à la Salpêtrière, où trois saignées lui ont été pratiquées et où on lui a appliqué deux vésicatoires. Entré

dans le service de M. Nonat, à la Pitié, le 21 mai, il se présente dans l'état suivant : l'état général est assez bon, il n'existe point de fièvre, et l'appétit est conservé, seulement il présente une gêne encore assez grande de la respiration. En examinant la poitrine on perçoit, par la percussion, de la matité qui s'élève en arrière jusqu'à l'épine du scapulum, et en avant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule. La respiration est faible, la voix est chevrotante, et les vibrations de la poitrine ne sont que très-faiblement perçues par la palpation des parois thoraciques.

Après avoir employé tous les traitements d'usage, l'épanchement ne diminuant pas, on pratique, le 13 juin, la thoracentèse, qui donne issue à 1 litre d'un liquide séro-sanguinolent, puis on injecte 200 grammes environ de teinture d'iode étendue de moitié son poids d'eau. Mais, pour faire entrer le bec de la seringue dans la canule du trois-quarts, on laisse pénétrer un peu d'air dans l'intérieur de la plèvre. L'injection est laissée pendant deux minutes, elle sort au bout de ce temps mélangée avec un peu de liquide roussâtre. Le malade se trouve soulagé; le soir, à la visite, il présente du mal de gorge, de l'écoulement par le nez, qui est rouge, douloureux, tuméfié; soif vive. Cependant peu de fièvre.

Le lendemain, cet état continue; le gonflement s'est étendu aux paupières; il existe du larmoiement; la fièvre est plus vive qu'hier. L'épanchement s'est un peu reproduit. Il s'est déclaré de la bronchite avec expectoration assez abondante. On constate la présence de l'iode dans les crachats et les urines.

Le 15. La face, les paupières et le nez, sont un peu moins gonflés. Il n'existe presque plus d'iode dans les crachats et les urines; cependant l'épanchement s'est en grande partie reproduit; on constate de la matité dans tout le tiers inférieur de la poitrine, et un bruit de pot fêlé, dû à la présence de l'air dans la plèvre.

Les jours suivants, le même état continue; toujours de la bronchite.

Le 10 juillet. L'état du malade s'est sensiblement amélioré. Il

existe encore de la matité dans le quart inférieur de la poitrine sans bruit de pot fêlé, de la toux, de l'expectoration, mais plus de fièvre.

La persistance de la bronchite chez ce malade retarde évidemment la guérison, et nous fait craindre la présence de tubercules pulmonaires. Cependant, malgré le retard de cette guérison, il n'en est pas moins évident que l'évacuation de la poitrine est également applicable aux épanchements séro-sanguins comme aux épanchements séreux. En effet, en présence d'une pleurésie datant déjà peut-être depuis plus de trois mois, ayant résisté à tous les moyens de traitement employés pour la combattre, et n'ayant fait qu'augmenter, il est impossible, en lisant l'état actuel du malade, de ne pas croire à l'influence heureuse de l'opération, dans ce cas surtout où l'épanchement, par sa nature, se prêtait si peu à la résorption. Mais il est d'autres faits qui ne sont pas sans importance: c'est d'abord l'innocuité de l'injection iodée dans l'intérieur de la plèvre, fait sur lequel je me propose de revenir plus loin afin d'apprécier sa valeur thérapeutique. C'est ensuite la pénétration de l'air dans l'intérieur de la cavité pleurale. Cet air, lorsqu'il entre en petite quantité, n'exerce aucune influence fâcheuse sur les résultats de l'opération; le bruit de pot fêlé, auquel il donne naissance, diminue peu à peu et se limite tous les jours davantage, et il n'est pas rare de le voir se résorber en moins de trois ou quatre jours sans donner naissance à aucun phénomène sérieux.

C'est ainsi que les choses se sont passées dans plusieurs thoracentèses qui ont été pratiquées par M. Nonat. Mais ici, dans l'observation qui nous occupe, la quantité d'air a été assez considérable, c'est ce qui fait qu'elle a été plus difficilement résorbée, et que le bruit de pot fêlé auquel elle a donné naissance est resté pendant près de trois semaines stationnaire, et n'a diminué lentement que depuis quelques jours.

Cette présence de l'air n'est même pas sans quelque influence sur

la lenteur avec laquelle la guérison a marché. En effet, cet air exerce sur les poumons une action toute mécanique; en contre-balançant la pression atmosphérique qui s'exerce d'une part sur la cage thoracique, de l'autre sur les dernières ramifications de l'arbre bronchique, il empêche le poumon et les parois de la poitrine de s'appliquer, laisse par conséquent entre eux un espace qui favorise la sécrétion d'une nouvelle quantité de liquide. Les phénomènes qui se passent dans le pneumothorax, quelle que soit sa cause, les vivisections, nous démontrent jusqu'à la dernière évidence, et mieux encore que le raisonnement, cette influence toute mécanique de l'air atmosphérique.

Mais il est une autre action de l'air atmosphérique qu'on pourrait alors appeler chimique; cette action, qui n'est simplement qu'irritante lorsque la plèvre est saine ou peu enflammée, est susceptible de produire les accidents les plus graves, lorsque la surface pleurale est fortement enflammée, qu'elle sécrète un liquide purulent ou sanguin. L'air produit alors aussi sûrement ses effets qu'après l'entrée de l'air dans le foyer d'un vaste abcès froid. Ce qui explique pourquoi, dans toutes les observations, on a signalé, après quelques jours, l'écoulement d'un pus séreux mal lié, d'une odeur excessivement fétide, s'accompagnant de symptômes généraux graves, tels que frissons vers le soir, fièvre nocturne, sueurs abondantes, émaciation, etc.

Cette double action de l'air faisait autrefois de l'empyème une opération presque fatalement mortelle, sans parler de la gravité de l'affection pour laquelle on la pratiquait; aujourd'hui la perfection de nos procédés nous permet d'éviter d'une manière très-simple cette introduction de l'air dans la poitrine. Les parois membraneuses de la canule-soupape de M. Reybard, de Lyon, mouillées et collées fortement l'une contre l'autre au moment de l'inspiration, s'éloignant pendant l'expiration juste assez pour donner passage au liquide, évitent d'une manière aussi sûre qu'ingénieuse l'introduction

de l'air dans la poitrine, et s'il nous est arrivé une seule fois, sur nos sept opérations, de laisser pénétrer de l'air dans la cavité pleurale, c'est que nous avions à faire une injection, opération à laquelle nous ne nous attendions pas, et pour laquelle il aurait été bon de se munir d'une canule à robinet. Non-seulement on évite l'entrée de l'air dans la plèvre pendant le cours de l'opération, mais il est encore possible de la prévenir pour plus tard : il suffit pour cela d'utiliser, comme nous l'avons fait, la mobilité dont jouit l'enveloppe cutanée sur les parties latérales du thorax, et de pratiquer l'ouverture de la peau à une distance encore assez grande de la ponction de l'espace intercostal, de manière à produire un trajet sous-cutané oblique après l'extraction de la canule.

Mais, si la thoracentèse présente d'aussi grands avantages dans les épanchements séreux, voyons quelle peut être sa part d'action dans les épanchements purulents; car s'il arrive que, dans le plus grand nombre des cas, l'épanchement séreux guérisse de lui-même, que quelquefois l'épanchement séro-sanguin, après un temps plus ou moins long, disparaisse, jamais ou presque jamais le pus contenu dans la plèvre ne se résorbe. Le malade, au bout d'un temps plus ou moins long, en proie à une fièvre continue, tombe dans le marasme et meurt; la comparaison de deux faits que la pratique présente souvent nous fait apprécier l'obstacle que ce corps solide, le globule de pus, oppose à la disparition des collections purulentes. Qu'une chute sur le genou ait causé une accumulation de sérosité dans la bourse muqueuse sous-cutanée de cette région, ce liquide, qui ne contient pas de globules de pus, est ordinairement résorbé au bout de quelques jours, comme dans les pleurésies aiguës simples. Mais qu'une inflammation phlegmoneuse soit survenue consécutivement à la contusion, le pus remplace la sérosité ou du moins y mêle ses globules; alors il n'y a presque plus de chances de résorption, il faut ouvrir l'abcès. Il en est de même de l'épanchement pleurétique dont le liquide tient en suspension des globules de pus, il est excessivement grave : tantôt le malade, comme nous l'avons dit, succom-

bera dans le marasme, tantôt cette collection se comportera comme un abcès, elle s'ouvrira peu à peu passage à l'extérieur.

Ces abcès donnent ainsi naissance à des fistules qui s'ouvrent en un point du thorax, le plus souvent à la partie antérieure et latérale, entre la cinquième et la sixième côte, ou bien sous la clavicule, quelquefois dans la région lombaire. Ces fistules, à travers lesquelles le liquide de la plèvre s'écoule plus ou moins difficilement, ont un trajet sinueux et quelquefois très-long, à travers des fausses membranes et les muscles intercostaux, qui sont macérés et noirâtres; les côtes elles-mêmes sont mises à nu et cariées.

D'autres fois ces épanchements purulents se creusent une issue à travers le poumon, et au lieu d'une fistule thoracique, il se forme une fistule pleuro-bronchique; le malade rend par la bouche des quantités quelquefois très-considérables de liquide purulent. Ce mode d'évacuation est loin d'être toujours innocent, car si le liquide pénètre dans les bronches, à travers une large ouverture, la mort peut arriver par suffocation; M. Cruveilhier en a cité des exemples.

Mais il est des accidents très-graves qui sont nécessairement liés à l'existence de ces fistules thoraciques et pleuro-bronchiques: c'est qu'elles donnent naissance à des pneumothorax excessivement graves dans les conditions où se trouvent les parois du foyer en contact avec l'air extérieur. En effet, le liquide qui reste encore dans le foyer s'altère, prend une horrible fétidité, et de suite on voit se manifester des accidents généraux qui le plus souvent n'ont de terme que la vie du malade; en un mot, il se déclare ce qu'on a depuis longtemps désigné sous le nom d'infection putride, état pathologique qui trop souvent cause la mort des malades, mais qui cependant n'est pas au-dessus des ressources de l'art, puisqu'on peut quelquefois en triompher soit en remédiant aux conditions anatomiques locales qui font séjourner le pus, c'est-à-dire en pratiquant la thoracentèse, soit en modifiant, au moyen d'injections médicamenteuses, les parois de ce foyer d'infection.

Mais il est un dernier mode de disparition de ces collections purulentes qui, comme nous le savons, se composent de deux éléments bien distincts : de globules, et d'un liquide tenant en dissolution de la matière organique et des sels; en effet, l'absorption peut s'exercer seule sur ce liquide. Quant aux globules, corps solides et d'un volume évidemment trop considérable par les porosités invisibles de la matière organique, ils ne sont généralement pas resorbés; mélangés avec une certaine quantité de fibrine qui s'organise en fausses membranes, ils acquièrent de la consistance, et prennent l'aspect caséiforme tuberculeux. M. Cruveilhier a vu cette matière caséiforme être assez abondante pour combler une partie de la gouttière costo-vertébrale ; elle était contenue entre des adhérences qui formaient un kyste. On conçoit qu'une telle guérison, si toutefois elle arrive, entraîne avec elle des inconvénients qui doivent faire prendre en considération les moyens thérapeutiques destinés à les éviter.

Ainsi cette marche de la maladie nous montre quels avantages on peut retirer de la thoracentèse. En effet, par cette opération, non-seulement on ouvre une issue à un liquide dont la présence est une cause incessante de fièvre qui entraîne le plus souvent le malade à la mort, mais encore on évite, si le liquide doit se frayer un passage à l'extérieur, la formation de ces fistules thoraciques ou pleurobronchiques interminables, qui deviennent plus tard elles-mêmes une cause de suppuration. Enfin on place la fistule thoracique, si toutefois il doit s'en établir une après l'opération, là où on veut, et dans les conditions les plus favorables pour la complète évacuation du foyer.

Tous les chirurgiens, dans les épanchements purulents survenant par lésion traumatique, ont reconnu la pratique de l'empyème comme aussi nécessaire que l'ouverture d'une collection purulente quelconque; pourquoi, quand cet épanchement est le résultat d'une pleurite idiopathique, n'y recourrait-on pas ? l'épanchement, dans ce cas, n'a pas plus de chances de résolution.

Du reste, cette méthode sera d'autant plus avantageuse, que l'opération sera pratiquée plus près du début de la maladie; mais le point difficile réside en entier dans ce diagnostic, et il n'est point de signes pathognomoniques certains de l'épanchement purulent. Cependant en pratiquant, comme M. Nonat, la thoracentèse dans tous les épanchements pleurétiques abondants qui résistent pendant près de deux septénaires à tous les traitements employés pour leur disparition, on tombera certainement sur des collections purulentes ou séro-purulentes, qui seront d'autant mieux guéries qu'on les aura laissées moins longtemps en contact avec les membranes qui les auront sécrétées. Ainsi peut-être l'homme qui fait le sujet de l'observation suivante eût-il guéri si l'opération eût été faite plus tôt, et lorsque l'état général et local eût permis d'espérer davantage des forces de la nature.

### VIII$^{e}$ OBSERVATION.

Pleurésie purulente; symptômes généraux graves; thoracentèse; injection iodée dans la plèvre. Mort.

Le 21 mai 1853, est entré au n° 4 de la salle Saint-Paul le nommé Maille (Louis), âgé de cinquante-huit ans, contre-maître d'une fabrique de drap, né à Elbeuf.

Cet homme, qui est déjà malade depuis près de deux mois, et qui tousse depuis ce temps-là, se présente dans un état d'affaiblissement très-considérable. En examinant la poitrine, on trouve de la matité dans les deux tiers inférieurs du thorax, et dans tous les points correspondants, une absence complète du bruit respiratoire. Dans le tiers supérieur, la respiration est rude, et l'on entend en même temps des râles sous-crépitants. Ce malade, déjà affaibli par la durée de sa maladie, a la face pâle, terreuse, amaigrie; ses yeux sont profondément excavés, et il est continuellement plongé dans un état de somnolence dont on peut à peine le tirer par les questions qu'on lui adresse; la langue est blanche et très-rouge à sa pointe, elle est sèche,

il existe du dévoiement qui, depuis le commencement de la maladie, a résisté à tous les moyens de traitement employés pour le combattre. Le pouls présente 98 pulsations ; la peau est chaude et presque toujours couverte d'une sueur visqueuse ; la toux n'est pas très-fréquente, cependant lorsqu'elle a lieu, le malade expectore des crachats purulents. On applique un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.

Le 2 juin. L'épanchement semble avoir un peu augmenté, la difficulté de respirer est plus grande et l'état général s'aggrave ; il existe des frissons qui reviennent surtout vers le soir.

Le 11. Cet état continuant toujours et ne faisant que s'aggraver, nous nous décidons à pratiquer la thoracentèse, et nous retirons 1 litre et demi d'un liquide séro-purulent qui s'écoule avec facilité, et dont l'issue soulage immédiatement le malade. Il est dans un état de prostration tel, que c'est à peine s'il s'aperçoit de l'opération qu'on vient de lui pratiquer. Cependant on injecte, dans l'intérieur de la plèvre, 800 grammes de teinture d'iode étendue d'environ son tiers d'eau tiède. Le liquide pénètre dans la poitrine sans produire la moindre douleur, et lorsqu'on ouvre de nouveau la canule, au bout de deux minutes, il sort une nouvelle quantité de liquide séro-purulent semblable à celui qu'on avait déjà retiré, et nullement coloré par la teinture d'iode. Le liquide injecté reste donc tout entier dans la poitrine.

Le soir, à la visite, le mieux que le malade a éprouvé le matin se continue.

Le 12. Le malade va très-bien, il a moins de fièvre que les jours précédents, sa respiration est plus facile ; il ne se manifeste aucun symptôme d'intoxication par l'iode. On trouva de l'iode en très-grande quantité dans les urines.

Le 13. Il y a un peu plus de fièvre qu'hier, de l'abattement, de la somnolence ; la diarrhée est toujours très-abondante, cependant la respiration se fait toujours avec plus de facilité ; point d'iodisme, seulement il existe toujours de l'iode dans les urines.

Cet état continue encore à s'aggraver pendant les journées du 14 et du 15 ; enfin le malade meurt le 16 juin.

*Autopsie.* Le côté gauche de la poitrine est parfaitement sain. Du côté droit, on trouve la partie antérieure du poumon à peu près saine, emphysémateuse, et présentant quelques adhérences avec la plèvre pariétale. La partie postérieure, au contraire, est bridée par une fausse membrane résistante, épaisse environ de 3 millimètres, et qui correspond à une autre fausse membrane qui tapisse la plèvre pariétale. Elles circonscrivent à elles deux un espace qui occupe toute la partie postérieure du poumon, et qui est rempli par un liquide séro-purulent. Le tissu du poumon est induré et épaissi dans tous les points qui correspondent à la fausse membrane. Cette induration est surtout évidente au sommet du poumon ; les adhérences sont telles en ce point, qu'il est impossible de l'enlever sans le déchirer, et sans en laisser une grande partie encore adhérente au sommet de la paroi thoracique. Du reste, il n'existe point de traces de tubercules.

A côté de cette observation, je placerai la suivante, qui est curieuse à plusieurs points de vue, et qui vient confirmer ce que nous avons dit sur la marche de certains épanchements.

## IXe OBSERVATION.

### Pleurésie datant de trois ans; fistules thoraciques.

Le 9 juillet 1853 est entré, au n° 42 de la salle Saint-Paul un nommé Milon (Clément), âgé de dix-huit ans.

Ce jeune homme raconte que, voilà trois ans, il fut pris d'une douleur de côté avec fièvre intense. Le médecin qui fut appelé le saigna à plusieurs reprises, lui appliqua successivement sur le côté douloureux deux vésicatoires. Cependant, malgré ce traitement énergique, le malade n'alla pas mieux ; il vit se développer, trois

semaines après l'apparition de sa maladie, une petite tumeur située sur le côté de la poitrine. Cette petite tumeur, molle, fluctuante, fut ouverte à l'aide du bistouri, et donna issue à un liquide roussâtre assez limpide, dont il évalue la quantité à environ 2 litres; l'ouverture resta fistuleuse pendant près de sept mois, laissant écouler de la sérosité purulente. Elle se ferma. Six semaines après, le malade fut pris d'une expectoration très-abondante qui dura pendant près de dix-huit mois; mais cette expectoration fut surtout abondante au commencement, ressemblant au liquide qui était sorti lors de l'ouverture de la fistule; puis elle disparut peu à peu, jusqu'à ce qu'une nouvelle fistule vint s'ouvrir à quelques centimètres en avant du point où s'était ouverte la première : elle donna issue à 1 litre environ d'un liquide séro-purulent d'une très-grande fétidité, et dont la sortie soulagea beaucoup le malade. Un mois après, il se fit encore une autre ouverture, par laquelle sortit, il y a environ quinze jours, une petite esquille.

*État actuel.* Le malade n'a pas de fièvre, l'appétit s'est conservé; peu de difficulté à respirer, point de toux. En examinant la poitrine, on trouve par la percussion une matité qui s'étend, dans tout le poumon droit, en arrière et en avant. Par l'auscultation, la respiration s'entend encore, mais bien plus faible que du côté opposé; au sommet et en avant existent des râles sous-crépitants. Par la palpation, on perçoit encore les vibrations thoraciques, mais bien plus faibles que du côté droit. Enfin il existe encore, sur les parties latérales gauches et antérieures du thorax, deux fistules qui donnent issue à une certaine quantité d'un pus très-fétide.

On fait de temps en temps des injections iodées dans l'intérieur de ces fistules, cependant l'état du malade n'a encore subi aucune amélioration.

Il est évident que la mort du malade qui fait le sujet de la 8e observation ne doit être attribuée pas plus à la thoracentèse qu'à l'injection iodée qui a été faite dans l'intérieur de la plèvre. En

voyant cet homme prostré, épuisé déjà par la durée de la maladie, s'affaiblissant de jour en jour par suite de la gêne de la respiration, de la diarrhée colliquative, des sueurs continuelles, etc., le pronostic n'était pas douteux, et la thoracentèse n'a été et ne devait être que palliative. Elle nous a permis de constater là, encore une fois de plus, son innocuité; car, s'il est vrai que l'évacuation de la poitrine n'est pas toujours exempte d'accidents, c'est surtout dans ce cas, sur un sujet aussi affaibli, que ces accidents devaient se produire. Au contraire, nous avons pu constater pendant quelques jours l'heureuse influence de l'opération, et sans l'état général grave dans lequel se trouvait le malade depuis près d'un mois avant son entrée à l'hôpital, peut-être aurions-nous pu espérer de le sauver.

Mais il est dans cette observation, comme dans la 7e, un point qu'il importe de ne pas laisser dans l'ombre; car peut-être est-il appelé à compléter le traitement chirurgical de certaines pleurésies : je veux parler de l'injection iodée dans l'intérieur de la plèvre.

En effet, le traitement des collections pleurales par l'évacuation pure et simple laisse beaucoup à désirer, et n'est dans certains cas que d'une efficacité fort limitée. L'action de cette évacuation varie, du reste, suivant que ces collections sont constituées par du pus, du sang, ou du sérum. Dans le premier cas, c'est assez rarement que les parois finissent par se modifier de manière à guérir radicalement la maladie. Dans le second cas, c'est-à-dire dans les épanchements de sang, le travail qui s'effectue varie suivant que la matière est tout à fait fluide ou mêlée de caillots, suivant qu'il s'agit d'une collection récente ou ancienne : si le sang expulsé est purement fluide, et la maladie encore récente, les parois de la cavité se modifient de manière à ne donner lieu à aucun épanchement nouveau; mais lorsque le foyer date de plusieurs mois, lors même que le sang est resté complétement liquide, on ne peut guère compter sur sa disparition définitive; la ca-

vité est alors imbibée d'une couche inerte qui en double la surface et qui empêche la modification salutaire de ses parois. Dans les collections de sérum, la cavité qu'on vient de vider ne se remplit que par exception, surtout lorsque la collection est récente ; c'est la règle qu'une simple ponction en débarrasse complétement les malades. On peut s'en convaincre facilement par la lecture des cinq premières observations de ce travail.

S'il arrive même quelquefois que les collections purulentes ou hématiques se guérissent sous l'influence de l'évacuation pure et simple, on peut dire que c'est par la transformation séreuse qu'elles subissent sous l'influence de l'opération, transformation qui les place à peu près dans les conditions d'un épanchement séreux pur et simple. En effet (et ceci s'observe surtout en chirurgie), il est possible, dans un certain nombre de cas, en vidant plusieurs fois à certains intervalles, par une simple ponction, des abcès ou des collections sanguines, de les transformer en une collection séreuse séro-sanguine ou séro-purulente. Débarrassées pour un moment des liquides purulents ou hématiques qu'elles contenaient, ces cavités se remplissaient de nouveau, exhalant plutôt du sérum qu'un liquide analogue à celui qu'elles contenaient d'abord, ce qui les place un peu dans les conditions avantageuses dans lesquelles se trouvent les collections purement séreuses.

On le voit, la ponction jouit de certains avantages dans les collections pleurales, mais elle est insuffisante, dans un bon nombre de cas, pour éviter la reproduction du liquide : la science avait donc besoin de quelque chose de mieux, et c'est ce que les progrès de la chirurgie semblent avoir trouvé par la généralisation de la méthode des injections.

Ce n'est pas que nous voulions dire que ces injections dans la plèvre ne datent que depuis peu, elles sont aussi vieilles que l'opération de la thoracentèse elle-même; préconisées par les uns, fortement rejetées par les autres, elles forment encore, comme cette opération, un nouveau point de controverse dans l'histoire théra-

peutique de la pleurésie ; et cependant, du côté de ceux qui blâment cette manière de faire, on ne trouve que des assertions générales sans citations de faits dans lesquels ces injections auraient été nuisibles; tandis qu'au contraire la science possède un grand nombre de cas dans lesquels elles ont joui d'une efficacité incontestable, même dans les épanchements avec fistules pleuro-bronchiques, où non-seulement les malades rendaient par la bouche des matières purulentes, semblables à celles qui étaient rejetées par la fistule thoracique, mais encore les matières de l'injection. Et cependant, quand on songe à la manière grossière dont ces opérations étaient faites, à la gravité des cas dans lesquels on les employait, à la nature du liquide qu'on injectait, on est étonné de voir encore un si grand nombre de succès ; aujourd'hui la perfection du mode opératoire, l'action précise et bien étudiée du liquide qu'on emploie, nous font croire à une plus grande efficacité de ces injections.

Tantôt elles sont employées comme moyen simple de laver le foyer, et d'entraîner au dehors les matières purulentes dont le séjour prolongé deviendrait nuisible : c'est pour remplir cette indication que certains praticiens ont fait des injections émollientes dans l'intérieur de la plèvre; tantôt, au contraire, elles sont appelées à modifier, par une application d'autant plus efficace qu'elle est immédiate, la surface interne de la plèvre ou des membranes organiques qui la revêtent, comme aussi l'inflammation qui s'empare trop souvent de la totalité ou d'une partie seulement des parois de la poche. Ces sortes d'injections excitantes ont été pratiquées de tout temps, et c'est pour remplir ces indications qu'elles ont été faites soit avec un mélange de vin et d'huile, soit avec de l'eau miellée additionnée de sel et de vin, soit enfin avec une décoction d'orge, de centaurée et d'aloès.

Ces liquides n'étaient certainement pas sans danger, et c'est sans doute leur emploi qui a fait peser sur la méthode des injections en général l'espèce de réprobation que lui avait infligée l'ancienne Académie de chirurgie. L'innocuité du liquide iodé a eu le mérite de

porter la génération chirurgicale actuelle à rappeler du jugement de l'ancienne société : et cette grande question de thérapeutique chirurgicale, depuis l'élan donné par M. Velpeau, a été remise sur le tapis plus d'une fois et dans les journaux, et dans le sein des sociétés savantes, les discussions de l'Académie, celles plus récentes encore de la Société de chirurgie, ont rendu à cette grande méthode toute l'importance qu'on devait y attacher; et si, dès 1846, M. Velpeau disait que la méthode des injections deviendrait un bon moyen de guérir une infinité de collections séreuses, synoviales, hématiques, d'hydropisies, contrairement à ce que l'on croyait avant lui, et que l'on devrait les appliquer à une foule de régions d'où on les avait inconsidérément proscrites, il nous est permis maintenant de regarder ces paroles comme une prédiction réalisée; car le liquide iodé vient d'être porté dans presque toutes les cavités séreuses, les cavités articulaires, le péritoine, l'arachnoïde spinale, et enfin dans la plèvre.

Déjà, dès 1845, MM. Leblanc et Thierry avaient injecté dans la plèvre de deux chevaux 625 gram. de liquide iodé, sans qu'il survînt aucune espèce d'accidents, et, à l'autopsie de ces deux animaux qui furent sacrifiés six jours après, on n'avait trouvé à la surface des plèvres qu'une phlegmasie légère avec fausses membranes, sans traces de suppuration. Ces faits, joints à la connaissance bien établie de l'innocuité du liquide iodé dans des cavités séreuses encore plus sensibles que la plèvre, étaient plus que suffisants pour décider le praticien à porter ce liquide dans la cavité pleurale. Nous l'avons fait pour deux de nos malades, et, dans les deux cas, nous avons pu constater que les choses se sont passées de la manière la plus simple.

Comme toujours, l'inflammation a été légère, et d'une intensité qui pouvait pour ainsi dire se graduer avec la concentration du liquide. Il a été facile de voir qu'elle se produisait sans douleurs vives, c'est à peine si les malades sentaient ce qu'on leur faisait, qu'elle restait parfaitement localisée dans les points seulement où l'injec-

tion touchait, sans jamais s'étendre au parenchyme pulmonaire, pas plus qu'elle ne s'étend à l'intestin dans l'injection du péritoine, qu'enfin elle ne produisait qu'une réaction générale quelquefois assez faible.

Chez le malade qui fait le sujet de la 8$^{e}$ observation, il ne se produisit aucun symptôme d'iodisme, la fièvre au contraire sembla moins forte pendant les deux jours qui suivirent l'opération; peut-être cette absence de symptômes doit-elle être attribuée à l'épaisseur presque cartilagineuse des parois de la poche dans laquelle ce liquide purulent se trouvait renfermé. Chez le malade, au contraire, qui fait le sujet de la 7$^{e}$ observation, il se développa, le lendemain même de l'opération, du coryza, de l'éternument, puis de l'œdème, de la rougeur des paupières et de l'injection des conjonctives. Ces accidents, accompagnés d'un peu de fièvre, persistèrent pendant deux jours et ne présentèrent aucune gravité; ils disparurent du moment où il ne nous fut plus possible de déceler la présence de l'iode dans l'urine et dans les crachats, c'est-à-dire du moment où cette substance fut complétement éliminée de l'économie.

Dans ces deux cas, nous étions en droit de compter sur les bienfaits qui ont été retirés pendant ces dernières années par les injections d'iode dans les collections purulentes et sanguines, bienfaits qui ont été publiés par MM. Velpeau, Boinet, Abeille, Bonnafont, etc.; car, s'il est vrai que la ponction pure et simple soit comme nous l'avons dit, susceptible de modifier à son avantage les parois de la poche, et de lui faire sécréter un liquide séreux qui la place dans des conditions plus favorables à la guérison, on peut dire que ce résultat est encore plus sûrement atteint par l'injection du liquide iodé; c'est un fait qui a pu être constaté par tous les observateurs. Qu'on ait affaire à un abcès chaud ou froid, à un abcès symptomatique ou idiopathique, à une collection sanguine ancienne ou récente, on voit pendant les jours qui suivent l'opération, à la place du liquide purulent qui existait auparavant, suinter à travers l'ouverture de la fistule un liquide séreux qui prouve que l'intérieur de

la poche a été modifié, de telle sorte qu'il est devenu plus apte à recueillir les bienfaits d'une nouvelle injection.

Le malade qui fait le sujet de la 7e observation, et qui est encore dans les salles, va beaucoup mieux, et, malgré la présence prolongée d'une certaine quantité d'air dans l'intérieur des plèvres, malgré la persistance de la toux, son épanchement a beaucoup diminué. Quant à celui de la 8e observation, nous avons démontré, et il a été évident pour tout le monde, qu'il se trouvait dans un état de débilité trop avancée au moment de l'opération, pour que le résultat pût élucider la question.

Mais d'autres injections ont été faites à l'hôpital de la Pitié, dans les plèvres de malades atteints de pleurésie purulente; trois ont été pratiquées par M. Aran, une par M. Valleix.

Pour les trois malades de M. Aran, un est mort des suites d'une fièvre typhoïde, et l'état des deux autres a été sensiblement amélioré. En effet, l'un est sorti de l'hôpital voilà quelques jours; il est tuberculeux, on entend des craquements au sommet du poumon gauche; de plus, dans l'étendue du tiers inférieur de ce même poumon, on perçoit une matité due plutôt à la présence de fausses membranes qu'à celle d'un liquide épanché. Ce malade, qui déjà a été ponctionné trois fois, a reçu à chaque fois une injection iodée.

L'amélioration de l'autre malade a été plus évidente encore. Étant entré au mois de décembre dernier, en sortant de chez M. Aran, dans le service de M. Michon, où j'étais interne, pour s'y faire traiter d'une carie du tibia, j'ai pu constater qu'il existait une rétraction très-notable du côté gauche de la poitrine dans toute son étendue, avec abaissement de l'épaule correspondante, que la sonoréité était rétablie à peu près partout, quoique manquant un peu dans le quart inférieur et postérieur de la poitrine; qu'enfin la respiration s'entendait partout, mais faible encore dans le point correspondant à la matité.

Quant au malade de M. Valleix, qui, avant l'injection iodée, avait déjà subi sans succès deux opérations de thoracentèse, il a

éprouvé, lui aussi, une amélioration sensible, et au moment de sa sortie, l'épanchement, sans avoir complétement disparu, avait cependant diminué de beaucoup.

L'un des malades de M. Aran a subi, comme nous l'avons vu, trois injections; il n'existe donc aucune espèce de danger à multiplier ces opérations et à imiter en cela la conduite de certains chirurgiens, qui répètent très-souvent les injections dans l'intérieur des collections purulentes ou sanguines et ne guérissent qu'à ce prix. Or ce fait suffit pour que nous nous demandions si, dans ces cas de pleurésies purulentes, il ne serait pas possible d'employer le traitement que M. Boinet a préconisé dans ces derniers temps pour le traitement des kystes de l'ovaire, d'enfoncer à travers l'ouverture du trois-quarts une canule en gomme élastique, munie à son extrémité d'une peau de baudruche, et qu'on fixerait à demeure. Cette canule, placée dans l'un des points les plus déclives de la poitrine, donnerait issue aux liquides au fur et à mesure qu'ils se formeraient, sans permettre à l'air de pénétrer dans l'intérieur du foyer; de plus, elle fournirait une ouverture toujours béante par laquelle on pratiquerait des injections toutes les fois qu'on le jugerait convenable.

En présence des faits que nous venons de citer, il est permis de se demander si l'on doit hésiter avec autant de frayeur à porter la teinture d'iode dans l'intérieur de la plèvre, surtout si l'on réfléchit que ces injections ont été faites dans des circonstances fâcheuses, dans des pleurésies chroniques invétérées, dont quelques-unes offraient de graves complications, et qui avaient résisté aux traitements les plus rationnels et les mieux appropriés.

Dans les six cas que nous avons cités, les deux morts qui ont eu lieu sont arrivées par suite de circonstances tout à fait étrangères à l'opération. Quant aux quatre autres malades, leur état a été sensiblement amélioré, et je ne vois pas de médication, dans les circonstances fâcheuses où ils se trouvaient, susceptible de produire de

pareils résultats. Pour nous, ils sont de nature à éveiller l'attention des pathologistes et à susciter de leur part de nouvelles recherches pour voir si ces injections n'auraient pas quelque utilité dans certains épanchements de liquide séreux, dont la résorption aurait résisté à l'évacuation pure et simple de la poitrine.

# QUESTIONS

SUR

# LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

*Physique.* — De l'équilibre stable ou instable d'un corps pesant reposant sur un plan, base de sustentation ; application à la station de l'homme.

*Chimie.* — Des caractères distinctifs de l'acide phosphorique.

*Pharmacie.* — De l'action dissolvante du vin sur les plantes et sur leurs parties ; en faire l'application à la préparation des vins médicinaux.

*Histoire naturelle.* — De l'organisation du pollen ou matière fécondante des végétaux.

*Anatomie.* — Que doit-on entendre par nerf ? De la principale différence des nerfs comparés entre eux. Qu'est-ce que l'origine des nerfs ?

*Physiologie.* — Exposer les différentes bases de classification des sécrétions.

*Pathologie interne.* — Des rapports des maladies aiguës et chroniques du cœur avec les affections dites rhumatismales.

*Pathologie externe.* — Du cancer du périoste et du cancer des os.

*Pathologie générale.* — Des signes fournis par les matières expectorées dans les maladies.

*Anatomie pathologique.* — Des incontinences et des rétentions d'urine.

*Accouchements.* — Des soins que réclame l'enfant nouveau-né.

*Thérapeutique.* — De l'action thérapeutique du baume de copahu.

*Médecine opératoire.* — De la réunion des plaies.

*Médecine légale.* — Appréciation de l'état mental dans des cas d'idiotie et d'imbécillité.

*Hygiène.* — De l'allaitement artificiel.

---

Vu, bon à imprimer.

LAUGIER, Président.

*Permis d'imprimer.*

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 25 juillet 1853.